



Titolo relazione:

Il nuovo PNPV: quali sono gli attori che garantiscono il successo, l'importanza dell'integrazione tra i vari ruoli.



RELATORE: Sardu Antonio

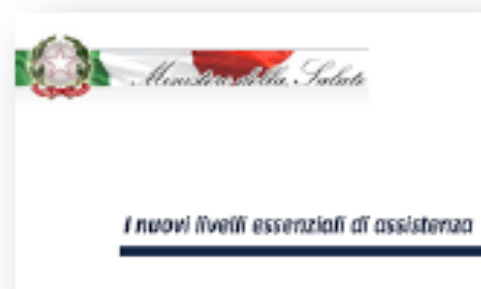
Evidenza scientifica



Piano Nazionale Prevenzione



LEA



Accessibilità

Calendario vaccinale PNPV 2017-2019



Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale
PNPV 2017-2019



17 gennaio 1917

Vaccino	0gg-Mgg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	15° mese	15° mese	⇨	0° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	Seguono ad aumentare rischio
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa***	4TpaIPV	1 dose dTpa**** ogni 10 anni			(1)
IPV		IPV		IPV			IPV				IPV					
Epatite B	Ep B- Ep B*	Ep B		Ep B			Ep B									
Hib		Hib		Hib			Hib									
Pneumococco		PCV		PCV			PCV									PCV-PPSV
MPRV									MPRV		MPRV					(6)
MPIR									oppure MPK + V		oppure MPIR + V					(5)
Varicella																(6)
Meningococco C									Men C ^d			Men ACWY congiugato				(7)
Meningococco B ^h		Men B	Men B		Men B											
HPV												HPV: 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino)			(8)	
Influenza															1 dose all'anno	(9)
Herpes Zoster															1 dose ^e	(10)
Rotavirus		Rotavirus ^f (due o tre dosi a seconda del tipo di vaccino)														
Epatite A																(11)



maschio



Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale

2017	2018
Men B nei nuovi nati (coorte 2017)	Catch up HPV (da coorte 2006)
Men ACWY nell'adolescente	Rotavirus nei nuovi nati (coorte 2018)
PCV (PCN) nei 65enni	IPV introduzione 5° dose adolescente
Varicella nei nuovi nati (da coorte 2016)	HZV nei 65enni
Vaccinazioni nelle categorie a rischio	
HPV nei maschi undicenni (da coorte 2006)	

Offerta uniforme nel 2018

Poiché l'introduzione di una nuova vaccinazione nel calendario necessita, tra l'altro, di interventi sugli aspetti logistico-organizzativi finalizzati al reperimento ed alla disponibilità del vaccino in un numero di dosi adeguato all'utenza prevista, all'adeguamento dei sistemi di chiamata attiva e di registrazione delle vaccinazioni, all'organizzazione dei servizi vaccinali, non è realistico ipotizzare di poter raggiungere sin dal primo anno le coperture vaccinali determinate dal PNPV. Per tale motivo si prevede, anche ai fini del monitoraggio dei LEA, un aumento graduale degli obiettivi di copertura.

Obiettivi di copertura vaccinale per le nuove vaccinazioni

Poiché l'introduzione di una nuova vaccinazione nel calendario necessita, di interventi sugli aspetti logistico-organizzativi finalizzati al reperimento ed alla disponibilità del vaccino in un numero di dosi adeguato all'utenza prevista, all'adeguamento dei sistemi di chiamata attiva e di registrazione delle vaccinazioni, all'organizzazione dei servizi vaccinali

Graduale aumento delle coperture vaccinali dal 2017 al 2020

Fascia d'età	Vaccinazioni	Obiettivo di Copertura Vaccinale			
		2017	2018	2019	2020
I anno di vita	Meningococco B	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%	≥ 95%
	Rotavirus	-	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%
II anno di vita	Varicella (1° dose)	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%	≥ 95%
5-6 anni di età	Varicella (2° dose)	-	-	-	-
Adolescenti	HPV nei maschi 11enni	-	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%
	IPV	-	≥ 60%	≥ 75%	≥ 90%
	Meningococco tetravalente ACWY135	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%	≥ 95%
Anziani	Pncumococco (PCV13+PPV23)	40%	55%	75%	75%
	Zoster	-	20%	35%	50%

Tempistica

Nel corso del 2017:

- Introduzione della vaccinazione anti-meningococcica tetravalente ACWY (una dose) nell'adolescente
- Introduzione della vaccinazione anti-pneumococcica nei soggetti di 65 anni di età
- Introduzione delle vaccinazioni previste per le categorie a rischio
- Introduzione della vaccinazione anti-HPV per i maschi undicenni con inizio della chiamata attiva per la coorte del 2006

Tempistica

Entro il 2018:

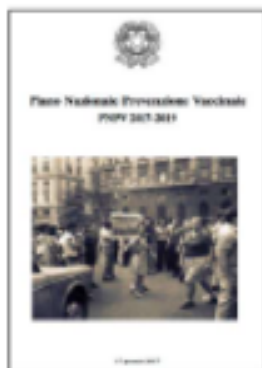
- Introduzione della 5° dose di vaccino anti-poliomielite nell'adolescente
- Completamento della vaccinazione anti-HPV a favore dei maschi undicenni per la coorte dei nati nel 2007, con il completamento a recupero della coorte dei nati nel 2006 qualora non raggiunti nel corso del 2017
- Introduzione della vaccinazione anti-Herpes Zoster nei soggetti di 65 anni di età.

Le vaccinazioni degli adulti

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	□	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	Soggetti ad aumentato rischio
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa***		1 dose dTpa**** ogni 10 anni			(1)
IPV		IPV		IPV			IPV				IPV	dTpaIPV				
Epatite B	EpB- EpB*	Ep B		Ep B			Ep B									(2)
Hib		Hib		Hib			Hib									(3)
Pneumococco		PCV		PCV			PCV						PCV+PPSV			(4) ^^
MPRV								MPRV			MPRV					(6) ^
MPR								oppure MPR			oppure MPR					(5) *****
Varicella								+			+					(6)^
Meningococco C								Men C [§]				Men ACWY coniugato				(7)
Meningococco B*^		Men B	Men B		Men B			Men B								
HPV												HPV ^o : 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino)				(8)
Influenza													1 dose all'anno			(9) °°
Herpes Zoster													1 dose#			(10)
Rotavirus		Rotavirus## (due o tre dosi a seconda del tipo di vaccino)														
Epatite A																(11)

 Cosomministrare nella stessa seduta
 Somministrare in seduta separata
 Vaccini per categorie a rischio

Le vaccinazioni indicate nei gruppi a rischio



18-2-2017

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 41

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019

Le vaccinazioni per soggetti affetti da alcune condizioni di rischio

..... **Per patologia**

Immunodepressione
Patologie croniche (diabete, m. cardiovascolari, m. respiratorie, pluripatologie, ecc.)

Soggetti a rischio

per

Per condizione fisiologica

Infanzia
Anziani
Gravidanza

Vaccinazioni per soggetti a rischio per determinati comportamenti o condizioni

Le vaccinazioni per soggetti a rischio per esposizione professionale

..... **Per condizione lavorativa/sociale**

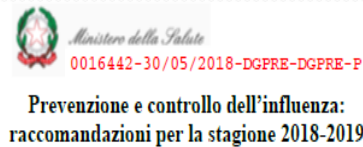
Militari, Volontari, ecc.

Ricavato da: Repubblica Italiana. G.U. Serie Generale, n. 41 del 18 febbraio 2017. Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019" (Rep. att. n. 10/CSR) (17A01105)



La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio

Tabella 1. Elenco delle categorie per le quali la vaccinazione stagionale è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente.



Persone ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza:

- Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano nel secondo e terzo trimestre di gravidanza.
- Soggetti dai 6 mesi ai 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza:
 - a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopulmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO);
 - b) malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite;
 - c) diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI >30);
 - d) insufficienza renale/surrenale cronica;
 - e) malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;
 - f) tumori;
 - g) malattie congenite o acquisite che comportino carenze produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;
 - h) malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali;
 - i) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;
 - j) patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari);
 - k) epatopatie croniche.
- Soggetti di età pari o superiore a 65 anni.
- Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.
- Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti.

Persone che possono trasmettere l'infezione a soggetti ad alto rischio:

- Medici e personale sanitario di assistenza in strutture che, attraverso le loro attività, sono in grado di trasmettere l'influenza a chi è ad alto rischio di complicanze influenzali.
- Familiari e contatti (adulti e bambini) di soggetti ad alto rischio di complicanze (indipendentemente dal fatto che il soggetto a rischio sia stato o meno vaccinato).



Liberti 1

ultimo accesso oggi alle 20:53



ven 1 dic

🔒 I messaggi inviati a questa chat e le chiamate sono ora protetti con la crittografia end-to-end. Tocca per maggiori info.

dom 1 apr

Anche a te e famiglia.voglio ringraziarti per tutte le attenzioni che hai avuto.volevo ringraziarti in particolare per aver insistito a far fare a rita il vaccino,visto che una ragazza che stava nelle condizioni di rita e peggiorata perché ha preso l'influenza e nin aveva il vaccino.buona Pasqua

10:18



Message input field



Barriere alla vaccinazione negli operatori sanitari



*Non mi sono mai
vaccinato in 40 anni
di professione*

*Karaivazoglou K et
al, Arch Environ
Occup Health 2014*

Pertosse e operatori sanitari



Nel corso di **focolai nosocomiali**, il caso indice è spesso un operatore sanitario



La trasmissione di *B. Pertussis* è un evento frequente tra gli operatori sanitari



La vaccinazione anti-pertosse degli operatori sanitari riduce la morbilità legata a focolai nosocomiali



Dato che la raccomandazione alla vaccinazione anti-pertosse per gli operatori sanitari è recente, non sono disponibili dati di copertura

Bechini et al, 2012

Coperture vaccinali negli operatori sanitari in Italia

Epatite B



Uno studio effettuato nel 1996 in più di 3000 operatori sanitari ha evidenziato una copertura vaccinale del 64.5%¹



Uno studio eseguito nel 2006 in 15 ospedali pubblici ha mostrato una copertura vaccinale del 85.3%²



L'età più giovane e la residenza nel Nord Italia sono associati all'accettazione del vaccino²

1. Stroffolini et al, 1998

2. Stroffolini et al, 2008

Coperture vaccinali negli operatori sanitari in Italia

Influenza



Uno studio condotto nel **1999/2000** tra gli operatori sanitari di 22 ospedali italiani ha evidenziato una copertura media del **13,6%**¹



Una indagine trasversale effettuata nel **2006** in un Ospedale Universitario ha mostrato coperture molto basse in tutti i dipartimenti, comprese in un range tra il **17,6%** degli operatori del Pronto Soccorso al **24,3%** negli operatori della Chirurgia²



Una successiva indagine multicentrica eseguita nel **2007/2008** ha mostrato una copertura media del **10,9%**³



Tutte le survey sembrano evidenziare un **trend di decremento** dal 2001 al 2008³

1. Brusaferrò et al, 2004, 2. Esposito et al, 2008, 3. Blank et al, 2009

Sieroprevalenza di morbillo, parotite, rosolia e varicella negli operatori sanitari italiani



Uno studio di sieroprevalenza condotto nel **2007** tra più di 1000 operatori sanitari ha mostrato una sieroprevalenza del **92% per morbillo, 89% per rosolia, 80% per parotite e 91% per varicella**¹



Un analogo studio del **2006** tra più di 1000 studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie ha mostrato che il **5,5%** era suscettibile alla **varicella**, il **5,1%** alla **rosolia**, il **12,9%** alla **parotite** e il **6,7%** al **morbillo** ²



Uno studio del **2009** su più di 3000 studenti della Scuola di Medicina ha evidenziato che il **76,8%** aveva anticorpi vs la **parotite** ³

1. *Porru S et al, 2007*
2. *Prato R et al, 2010*
3. *Morandin et al, 2009*

La rete



Non si può, infatti, non prendere atto che ...

- ✘ ... nonostante la dimostrata efficacia della vaccinazione antinfluenzale nella riduzione dell'incidenza della malattia ...
- ✘ ... a dispetto dell'invocato senso etico e professionale (fino ad appellarsi all'**obbligo morale**) di ciascun Professionista della Salute di agire nell'interesse dei propri pazienti e, in particolare, di proteggere quelli più vulnerabili, facendo il possibile per prevenire e limitare la diffusione dell'influenza



**... la sua non accettazione
continua a rappresentare
un formidabile elemento
di criticità**




E, perché no...

- ❖ **Publicare, sui siti web aziendali, le coperture vaccinali raggiunte in ogni reparto ospedaliero**
- ❖ **Inserire la copertura vaccinale negli operatori negli obiettivi del Direttore dell'Unità Operativa, come elemento favorente la sicurezza del paziente**
- ❖ **Inserire la copertura vaccinale degli operatori sanitari tra i requisiti di accreditamento delle strutture private accreditate con il SSN**


La carta di Pisa delle vaccinazioni negli operatori sanitari

- 1. Riconoscere il valore della vaccinazione negli OS
- 2. Ribadire il ruolo degli OS nel raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione di morbillo e rosolia nel quadro degli accordi internazionali
- 3. Attuare azioni mirate alla formazione e consapevolezza dei rischi infettivi negli OS

- 4. Introdurre forme di promozione della vaccinazione e forme di incentivazione adeguate al contesto di lavoro degli OS
- 5. Introdurre forme di obbligo laddove altre azioni mirate al raggiungimento degli obiettivi di copertura non abbiano funzionato
- 6. Migliorare la sorveglianza delle coperture vaccinali

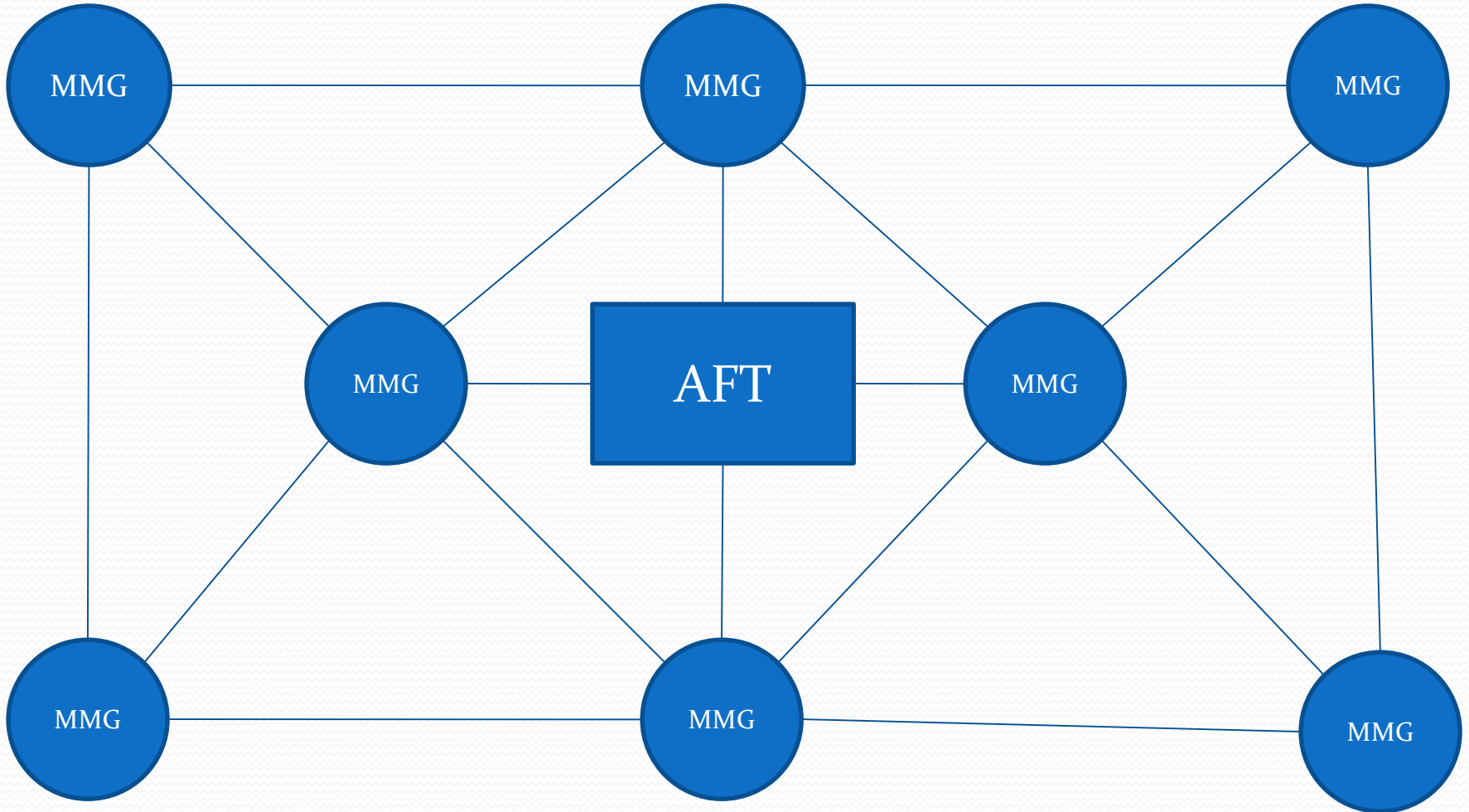


7. Implementare progetti di ricerca multidisciplinari sui temi della sorveglianza e della prevenzione delle malattie prevenibili vaccinazioni negli operatori sanitari.



La Carta di Pisa è stata redatta con il contributo di esperti, operatori e ricercatori che hanno partecipato ai lavori della Conferenza Nazionale “Medice cura te ipsum” tenutasi a Pisa il 27-28 Marzo 2017 e sottoscritta altresì da società e associazioni scientifiche per varie ragioni interessate a questo problema





Vaccinazione antinfluenzale coperture vaccinali

Distribuzione per Distretto Sanitario

2014 - 2015

D.S.	CV%
24	18,3
25	56,2
26	27,6
27	49,7
28	29,0
29	44,6
30	51,8
31	30,0
32	26,4
33	52,6
Capri	19,5
Tot.	38,9

2015 - 2016

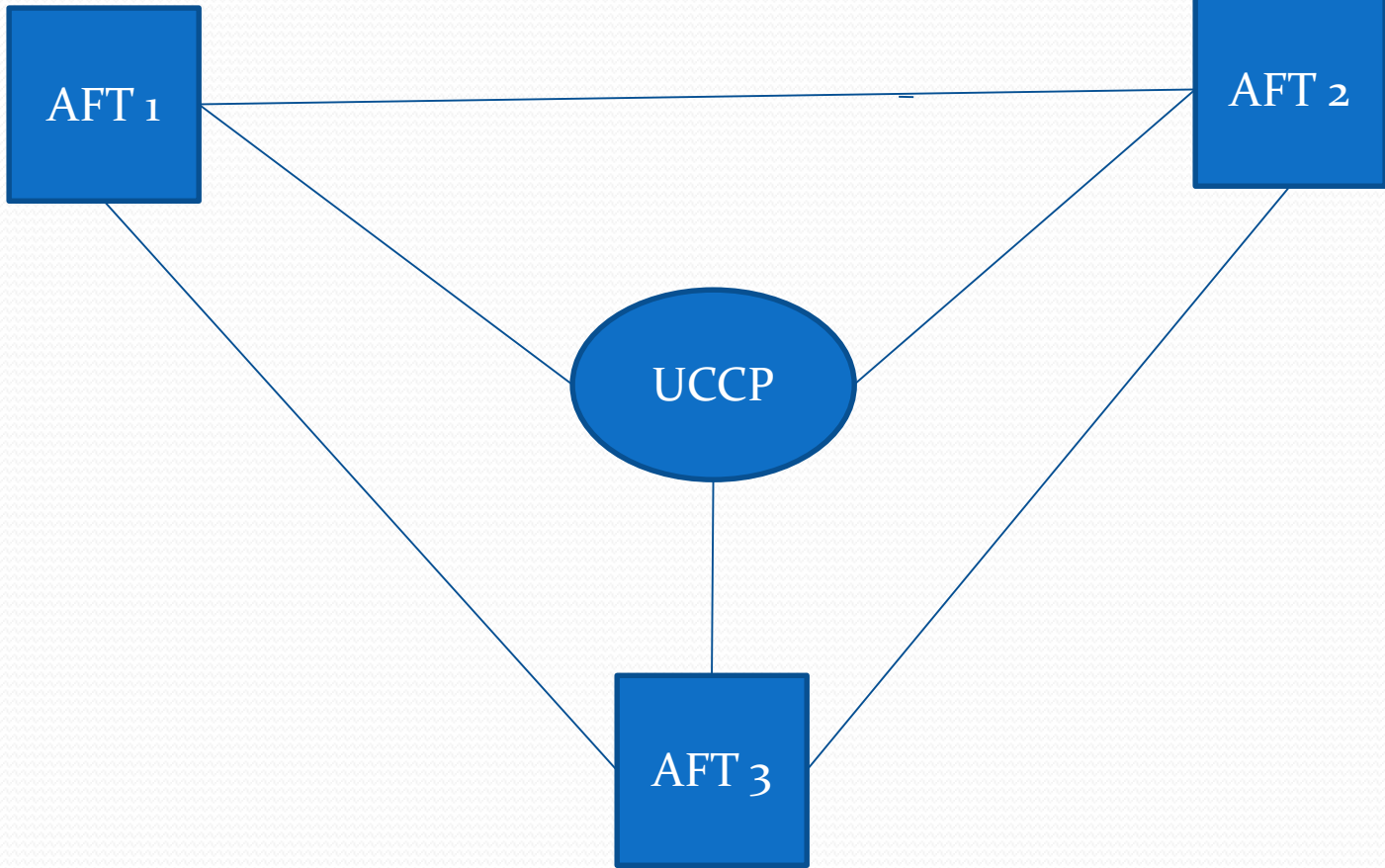
D.S.	CV%
24	29
25	54,3
26	30,2
27	45,7
28	28,2
29	39
30	49,9
31	28,9
32	28,7
33	51,1
Capri	
Tot.	38,9

2016 - 2017

D.S.	CV%
24	27,3
25	58,4
26	33,5
27	48
28	31,4
29	37,3
30	55,2
31	29,7
32	33,9
33	52,6
Capri	47,6
Tot.	41,4

2017 - 2018

D.S.	CV%
24	30,1
25	55,9
26	34,5
27	48,0
28	30,3
29	37,9
30	53,6
31	31,3
32	34,4
33	48,6
Capri	41,4
Tot.	40,6





Ministero della Salute

1500
lunedì-venerdì, ore 10-16

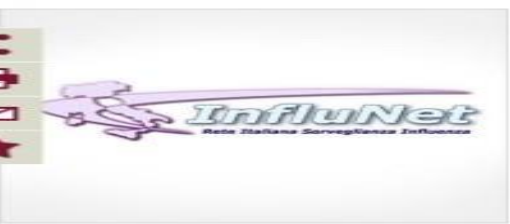
Liste di attesa Cosa sapere



- La nostra salute
- Temi e professioni
- News e media

Sei in: Home > News e media > Notizie > Notizie dal Ministero > Protocollo operativo InfluenzaNet, stagione influenzale 2018-2019

Protocollo operativo InfluenzaNet, stagione influenzale 2018-2019



Lunedì 15 ottobre 2018 (42^a settimana del 2018) parte la raccolta delle segnalazioni dei casi di sindrome simil influenzale -ILI-, che terminerà domenica 28 aprile 2019 (17^a settimana del 2019), salvo ulteriori comunicazioni legate alla situazione epidemiologica nazionale.

Il protocollo InfluenzaNet per la stagione 2018-2019 non prevede novità sostanziali rispetto alla

precedente stagione influenzale.

Il sistema di sorveglianza InfluenzaNet si basa su una rete di medici sentinella costituita da medici di Medicina Generale (MMG) e di Pediatri di Libera scelta (PLS), reclutati dalle Regioni, che segnalano i casi di sindrome simil influenzale (ILI) osservati tra i loro assistiti. I medici sentinella ed altri medici operanti nel territorio e negli ospedali collaborano inoltre alla raccolta di campioni biologici per l'identificazione di virus circolanti.

La raccolta e l'elaborazione delle segnalazioni di malattia è effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che provvede all'elaborazione a livello nazionale e produce un rapporto settimanale che viene pubblicato sul sito Internet del Ministero della Salute.

Le indagini virologiche sui campioni biologici raccolti vengono eseguite dai Laboratori facenti parte della Rete InfluenzaNet e dal Centro Nazionale per l'Influenza (NIC) dell'ISS. Il NIC provvede all'elaborazione dei dati virologici a livello nazionale e produce un rapporto settimanale, che viene pubblicato sul sito internet del Ministero della Salute.

Il NIC fa parte della rete internazionale dei laboratori coordinati dall'OMS e della rete europea coordinata dal Centro Europeo di Prevenzione e Controllo delle Malattie (ECDC).

Obiettivi del sistema sentinella INFLUNET

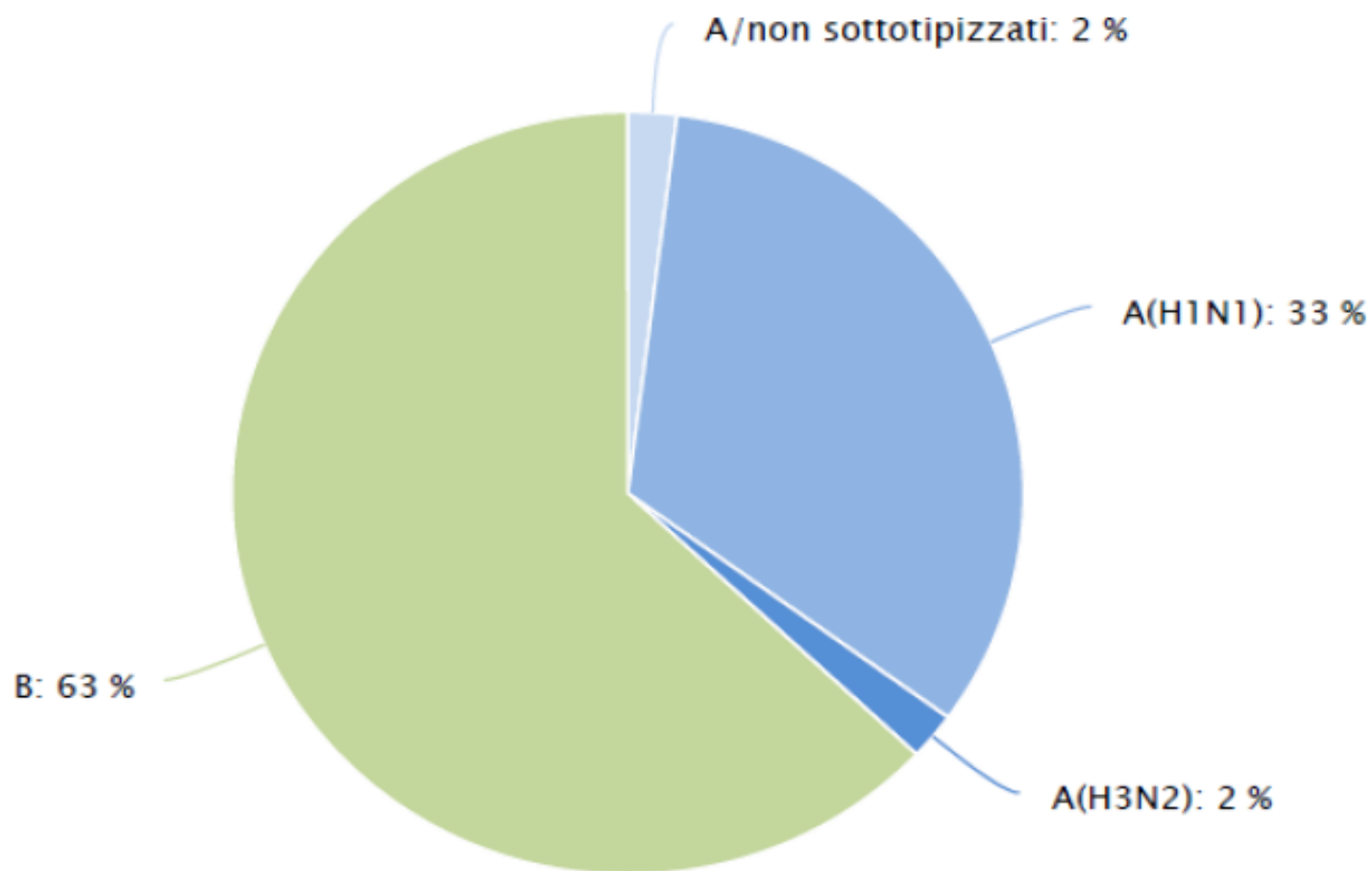
- 1) Descrivere i casi di ILI
- 2) Stimare la settimana d'inizio, durata e intensità dell'epidemia
- 3) Stimare i tassi di incidenza settimanale
- 4) Stimare i tassi di incidenza settimanali per fasce d'età
- 5) Utilizzare i dati di incidenza per stimare l'impatto dell'influenza stagionale rispetto alle stagioni precedenti
- 6) Condividere i dati di sorveglianza con lo ECDC


Visionabile su:

<http://old.iss.it/fluv/index.php?lang=1&anno=2018&tipo=5>

Proporzione di campioni positivi per tipo/sottotipo segnalati

(settimane 46/2017-08/2018)





La marcata predominanza di virus B si accompagna a una **quasi esclusiva circolazione del lineage Yamagata**, pari al **99,6%**, secondo quanto riportato dall'ultimo report Influnet a riguardo, con un conseguente **B-mismatch** pressochè **completo**, essendo, invece, **Victoria** (0,4% dei casi) il lineage B incluso, da raccomandazioni OMS, nei **vaccini trivalenti “semplici” o adiuvati**.

Visionabile su:

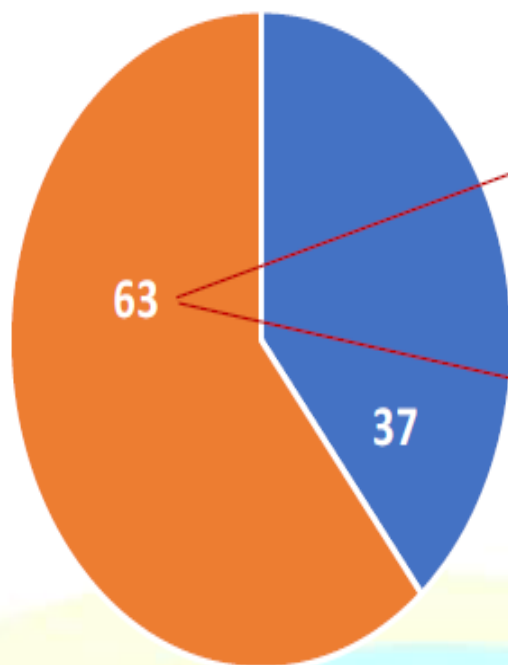
http://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/virologica/AggVir_28-02-18.pdf

Visionabile su:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/virologica/AggVir_28-02-18.pdf

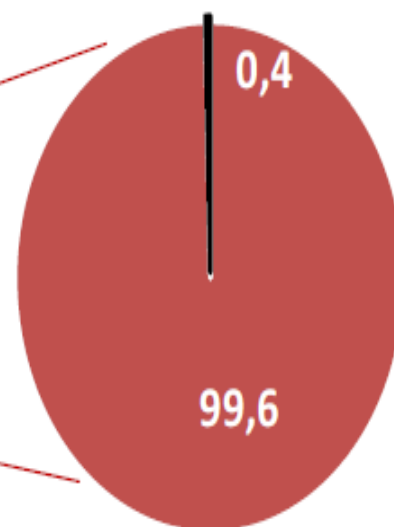
Sorveglianza virologica stagione 2017-2018

Virus isolati tot. (%)



■ A ■ B

Lineage
Virus B (%)



■ Yamagata □ Victoria

La circolazione virale a cui si sta assistendo durante l'attuale stagione, si discosta dalla precedente dove a fronte di una marcata predominanza di virus A che costituiva ben il 95% di tutti i virus influenzali isolati nella stagione 2016-17, dove si osservava sì un *B-mismatch* quasi completo, ma a fronte (diversamente dall'attuale stagione) di una quota di virus B circolante estremamente esigua (5% in totale).

Visionabile su:

<http://old.iss.it/flu/index.php?lang=1&anno=2018&tipo=13>

Nuova composizione vaccinale 2018-2019

- **A/Michigan/45/2015** (H₁N₁) - presente anche nel vaccino 2017-2018
- **A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016** (H₃N₂) - nuova variante
- **B/Colorado/06/2017** (lineaggio B/Victoria) - nuova variante.

- L'OMS raccomanda inoltre, nel caso dei vaccini quadrivalenti, l'inserimento del virus **B/Phuket/3073/2013-like** (lineaggio B/Yamagata), in aggiunta ai tre precedenti.

Stando alle stime basate su 10 anni di osservazione in Europa, in considerazione del B Mismatch osservato, l'uso di vaccino quadrivalente avrebbe evitato:

1,62 milioni di casi (324.1/1000 abitanti)

715000 visite ai MMG (142.8/mille abitanti)

1.081.000 giornate lavorative (215.7/mille abitanti)

37000 ospedalizzazioni (7.4/1000 abitanti)

14.000 decessi (3.0/1000 abitanti)

Conclusioni

- Le variazioni genetiche dei virus influenzali sono evento difficilmente prevedibile
- La valutazione dei virus circolanti stagionali è valido supporto EVIDENCE-BASED per l'indirizzo delle scelte strategiche di prevenzione nella popolazione
- Il MISMATCH genetico del virus B compromette significativamente l'efficacia dell'intervento preventivo
- L'adozione di formulazioni vaccinali quadrivalenti è scelta necessaria.

- Grazie per la vostra attenzione